FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE _

THÈSE

N° 1198

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Serge, André LE GUYEC

né le 28 avril 1932 à Saint-Nazaire (Loire Atl.)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 1962

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES TUMEURS INFLAMMATOIRES NON SPECIFIQUES DU RECTUM

Président : Monsieur Pierre MOLLARET *Professeur*

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE _ **THÈSE** N° _

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Serge, André LE GUYEC

né le 28 avril 1932 à Saint-Nazaire (Loire Atl.)

Externe des Hôpitaux de Paris

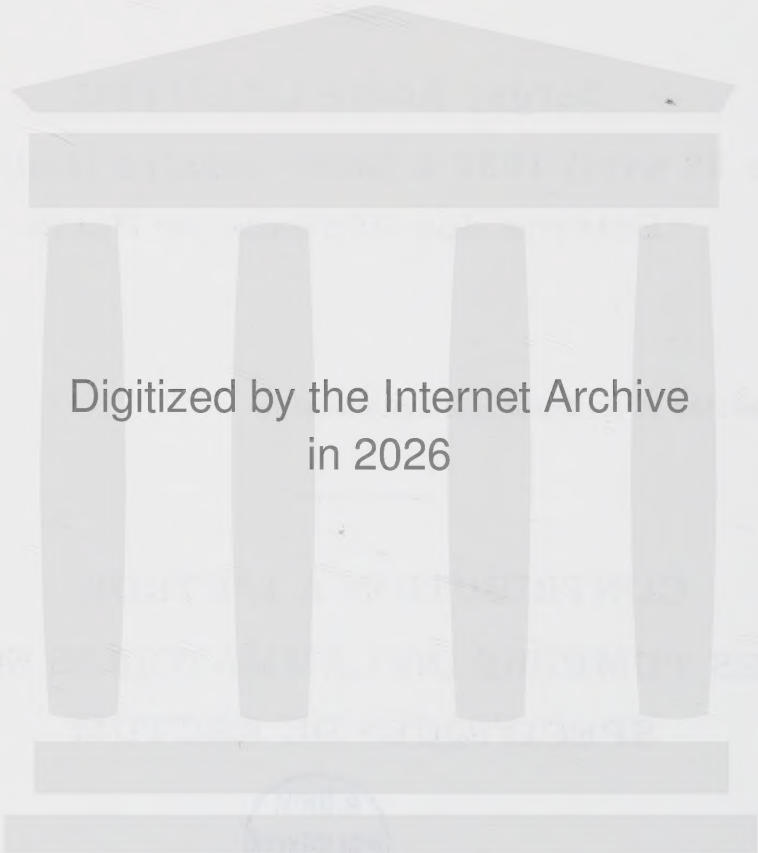
Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES TUMEURS INFLAMMATOIRES NON SPECIFIQUES DU RECTUM

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Président : Monsieur Pierre MOLLARET *Professeur*

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538124_0029

1-2-1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE
2e ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Ci.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut	LENÈGRE (J.)
	Broussais	SOULIÉ (P.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique		PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale		DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	GABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DERQBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) ; LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) ; DEJOURS (P.) ; DURAND (J.) ; GIRARD m. conf. ; HUGELIN (A.) ; SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) ; COUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. ; GREMY (F.) m. conf. ; MILHAUD (G.) ; PELLERIN (P.) ; ROUGAYROL (J.-Cl) ; TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) ; MEYER (A.) ; RENAULT (P.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) ; DUCHE (D.) ; FLAVIGNY (H.) ; LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) ; CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. ; GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) ; LAMOTTE (M.) ; MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) ; MOULONGUET (A. ; QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) ; AMFLINE (A.), pr. s. ch. ; VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) ; RAMBERT (P.) ; THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) ; MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) ; OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE : BOLTANSKI (E.) ; LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque ; Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents, que j'assure de mon affectueuse reconnaissance.

A la mémoire de mon Oncle.

A notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Pierre MOLLARET

Professeur de Clinique des Maladies Infectieuses,
Chef de Service à l'Institut PASTEUR.

que nous prions d'accepter nos respectueux remerciements pour la passionnante année d'Externat passée dans son service, et pour le grand honneur qu'il nous fait de bien vouloir parrainer notre Thèse.

A Messieurs les Membres de notre Jury.

A Monsieur le Docteur Alfred BENSAUDE

Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Médecin de l'Hôpital du Raincy

qui, avec une grande gentillesse, a inspiré et guidé notre travail. Nous le prions de trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre attachement.

A Messieurs

le Docteur René CATTAN

Médecin des Hôpitaux de Paris
Professeur au Collège de Médecine

le Docteur LEIBOVICI

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

qui ont eu la bienveillance de nous communiquer leurs observations et leurs conseils.

Monsieur le Professeur M. F. CADENAT +
Professeur de Clinique Chirurgicale

Monsieur le Professeur PASTEUR VALLERY RADOT
Professeur de Clinique Médicale
Membre de l'Académie Française

Monsieur le Professeur Gaston CORDIER
Professeur d'anatomie à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Monsieur le Professeur Maurice LAMY
Professeur de Clinique de Génétique

qui ont guidé nos premières années d'études.

Messieurs le Docteur Bernard LASCAUX
ancien Chef de Clinique à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital du Raincy

le Docteur Pierre DUPOUX
ancien Chef de Clinique à la Faculté
Chirurgien-Assistant de l'Hôpital du Raincy.

A nos Maitres ,

Monsieur le Docteur Jean-Paul CLAVET
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Monsieur le Docteur Marcel POUMAILLOUX
Médecin des Hôpitaux de Paris

Monsieur le Docteur Jacques André LIEVRE
Médecin des Hôpitaux de Paris
Professeur au Collège de Médecine

Monsieur le Docteur Jacques GRASSET
Professeur Agrégé, Gynécologue -Accoucheur
des Hôpitaux de Paris

dont nous avons eu le privilège
d'être l'Externe.

Monsieur le Docteur Maximè SELIGMANN
Professeur Agrégé, Médecin-Assistant des
Hôpitaux de Paris.

notre conférencier d'Internat.

INTRODUCTION

L'existence de lésions rectales inflammatoires déterminées par la tuberculose, les amibes, les infections vénériennes et surtout par la maladie de NICOLAS & FAVRE, est connue de longue date. Mais il existe, à côté de ces rectites spécifiques, tout un groupe de lésions rectales inflammatoires de nature non spécifique, ou du moins d'étiologie inconnue.

Il s'agit là d'un cadre extrêmement imprécis, groupant des faits disparates, dont certains ont pu être rapportés à la Recto-Colite Hémorragique, d'autres plus récemment à la maladie de Crohn, dont les lésions rectales commencent à être connues. Dans d'autres cas enfin, en dépit d'hypothèses diverses, l'étiologie reste encore mystérieuse .

C'est ainsi qu'ont pu être observées au cours des 15 dernières années, plusieurs cas de rectites chroniques se présentant cliniquement comme des tumeurs ano-rectales, végétantes, ulcéreuses ou sténosantes, dont l'étiologie n'a pu être déterminée.

Trois observations que nous avons eu l'occasion de colliger récemment nous ont paru appartenir à ce

groupe. Il a semblé utile de les rapporter, et de faire à leur propos une revue de la littérature médicale publiée sur ce sujet.

oOo

CHAPITRE I

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Monsieur R. Léon, 38 ans, maçon, célibataire, est hospitalisé dans le service du Dr CATTAN le 28 avril 1961.

Ce malade a été, dans son enfance, hospitalisé plusieurs années en sanatorium marin pour une affection tuberculeuse des membres inférieurs (?). En 1953, il fait une chute d'un 2ème étage entrainant une fracture de jambe, accident de travail auquel il fait remonter tous ses troubles. Il ne présente aucun autre antécédent pathologique, et n'a jamais quitté la France.

Histoire digestive :

Fin 1953, à la suite de sa chute du second étage, le malade aurait présenté des douleurs abdominales imprécises qu'il rattache à sa chute. En 1954 ces douleurs sont suivies d'un peu de sang dans les selles. On intervient chirurgicalement sur des hémorroïdes. La persistance des douleurs et des hémorragies conduisent à pratiquer des examens complémentaires (radio rectoscopie) à la suite desquels on parle de Recto-Colite Hémorragique.

De 54 à 56 quelques douleurs abdominales sans véritable poussée, s'accompagnant parfois d'une petite quantité de sang dans les selles.

En mars 1956, à la suite d'un refroidissement apparaissent du jour au lendemain des coliques abdominales violentes avec faux besoins, suivies un jour plus tard d'hémorragies rectales très abondantes : émission exclusive de sang rouge, persistant plusieurs heures Cette hémorragie fait hospitaliser immédiatement le malade à l'hôpital de NIMES où il doit recevoir plusieurs transfusions. Les selles qui réapparaissent les jours suivants sont diarrhéiques, liquides, mêlées de sang et de glaires, au nombre de 7 à 8 évacuations quotidiennes. Il existe des signes de rectite intense : épreintes, sensation de tiraillement douloureux du rectum, faux besoins aboutissant à l'émission de glaires.

A l'examen , on constate une infiltration suspecte des parois du rectum Il n'y a pas de parasites dans les selles, la réaction de FREI est négative. Plusieurs biopsies successives conduisent à mettre en doute une néoplasie. Un traitement associant Cortancyl, I. N. H., Salazopyrine et lavements vitaminés échoue totalement à faire céder les symptômes. En 7 mois (mars à novembre) on note une perte de poids de 13 kg (60 à 47).

En novembre 1956 le malade est transféré à Paris dans le service du Dr. LAMBLING. Il se plaint encore de douleurs abdominales et présente toujours des rectorragies accompagnant les défécations L'examen général est normal A la rectoscopie (Dr LAMBLING) existe une prolifération rectale volumineuse typiquement néoplasique. Une tentative de biopsie échoue à confirmer ce diagnostic (prélèvement mal orienté ?). Cependant le diagnostic d'épithélioma du rectum paraît certain, et les lésions sont même jugées inextirpables On pratique une colostomie de dérivation par anus iliaque gauche. Le malade rentre chez lui en janvier 1957.

Examens de laboratoires (1956)

Hémogramme :

GR : 1.900.000
GB : 7.900

neutros	47%
éosinos	7%
basos	1%
lymphos	41%
monos	4%

Electrophorèse :

protides totaux	80 gr %
albumine	42
globulines	58
rapport	0,72

Bilan hépatique :

bilirubine	6 mg
thymol	140
céphaline-cholestérol	+
cholestérol total	2,80
estérifié	1,40
glycémie	0,80

Réactions de Bordet Wassermann & Kahn : négatives

Pendant presque deux ans il présente une diarrhée persistante de 3 à 4 selles quotidiennes mêlées de glaires et de sang, et un suintement sanglant continu par l'orifice anal. Les traitements ambulatoires n'apportent aucune amélioration. En 1959 cependant l'état général devient meilleur, le poids remonte, les signes fonctionnels s'amendent puis finissent par disparaitre

A la fin de l'année 1959, le malade est vu par un autre médecin qui a la surprise de constater qu'il n'existe plus aucune lésion rectale. Le toucher rectal et la rectoscopie montrent une muqueuse absolument normale. Le lavement baryté ne met en évidence aucune anomalie

Le malade est présenté à un second chirurgien qui confirme la disparition des lésions et rétablit la continuité intestinale (février 1960). Le malade va bien, ne présente plus que 2 selles quotidiennes, et peut reprendre son travail.

En janvier 1961, réapparaissent brusquement les mêmes symptômes que 5 ans plus tôt ; diarrhée sévère faite de 7 à 8 selles quotidiennes, mêlées de glaires et de sang, précédées de coliques, épreintes, ténesme. Le malade est de nouveau hospitalisé à NIMES. L'examen montre un épaississement de la paroi rectale avec suffusions hémorragiques diffuses. La réaction de FREI est toujours négative. La biopsie ne montre aucun indice de malignité. Un second traitement associant Cortancyl, I.N.H. et Salazopyrine n'améliore pas le malade Celui-ci est transféré à Paris, à l'hôpital St-ANTOINE, dans le service du Dr. CATTAN.

A son entrée, en avril 1961, c'est un malade fatigué dont l'état général est médiocre. Il a perdu 10 kg en 4 mois. L'examen général ne met en évidence aucun signe pathologique, l'abdomen est souple, la F.I.G. un peu douloureuse au palper. Au toucher rectal (Dr. BENSAUDE), il existe une infiltration importante de la face droite de l'ampoule rectale sur 3 à 4 cm., paraissant en grande partie sous-muqueuse. L'aspect rectoscopique est celui de placards infiltrés, bourgeonnants, saignant au contact. A la partie haute de la lésion se trouvent 2 ou 3 végétations indurées, fragiles, légèrement hémorragiques. L'aspect est tout à fait celui d'un épithélioma végétant.

La biopsie faite lors de cet examen montre seulement un infiltrat inflammatoire polymorphe avec de petites plages de suppuration. Les glandes épithéliales sont intactes. Il n'y a aucun caractère de spécificité, ni aucun indice de malignité.

La recherche des parasites dans les selles est négative, la culture sur gélose n'isole que des colonies de

coliba cilles. L'ensemencement sur milieu de CHAPMANN reste stérile. La réaction de FREI est négative. A l'examen histochimique des selles, les fibres musculaires sont intactes, on trouve des graisses intermédiaires en abondance et des acides gras. Il y a 4.170 000 hématies et 5.700 leucocytes avec pourcentage normal des différents éléments. La vitesse de sédimentation est à 47/ 88/ 130 B W et réaction de KLINE sont négatifs. Le lavement baryté montre une rigidité de la paroi droite du rectum avec une petite encoche et quelques aspects lacunaires.

En mai 1961, après un essai de traitement antiamibien (44 cgs d'émétine au total) diarrhée, douleurs abdominales et rectorragies persistent et les lésions semblent s'aggraver. Le 4 mai, on note au T R une sténose relativement serrée avec infiltration péri-rectale très dure, même aspect endoscopique qu'à l'examen précédent. Le 18 mai l'infiltration des parois semble s'être étendue. A la rectoscopie on est cette fois frappé par l'existence de placards blanchâtres à la partie inférieure des lésions. La maladie de NICOLAS & FAVRE est de nouveau envisagée, mais la réaction de FREI est toujours négative ainsi que la réaction de fixation du complément. De plus une biopsie pratiquée au niveau d'une zone blanchâtre donne le résultat suivant : petit abcès sous-épithélial entouré d'une coque scléreuse intense, dépourvu de toute image spécifique ainsi que de tout aspect histologique de malignité.

En juin 1961 on entreprend le traitement par l'Auréomycine. Le 25 juin on note que les végétations semblent avoir légèrement diminué, que la lésion n'est plus fragile au contact, et qu'il n'y a plus de muco-pus. Au total, impression d'amélioration locale, bien que les parois restent très infiltrées (Dr. BENSAUDE). En Juillet, après plusieurs semaines d'auréomycine, force est de constater qu'aucun progrès notable n'a été obtenu. Un essai de traitement anti tuberculeux est tenté (Streptomycine 1 gr 50 par jour I. N H. 8 comprimés Cortan-

cyl 2 comprimés 4 fois par semaine). Au bout de I5 jours de ce traitement, on ne constate aucune modification des lésions et des rectorragies réapparaissent.

En août I96I devant le caractère irréductible des lésions et la reprise d'hémorragies importantes on est conduit à pratiquer une nouvelle colostomie avec anus iliaque gauche qui doit être suivie dans un second temps d'une opération de TOUPET. L'intervention est pratiquée dans le service du Dr LEIBOVICI. Les suites opératoires immédiates sont favorables, le malade ne saigne plus l'anus iliaque fonctionne de façon satisfaisante, et la muqueuse rectale semble s'assouplir. Dans le service de chirurgie est pratiquée une nouvelle biopsie dont le résultat est : rectite scléro-inflammatoire associant une sclérose sous-muqueuse intense, presque hyaline, à un granulome polymorphe riche en polynucléaires. Aucun caractère de malignité. Le malade part au mois d'octobre en maison de convalescence.

Le 12 novembre 1961, à la maison de repos, le malade présente brusquement des coliques très vives et d'abondantes rectorragies de sang rouge mêlé de caillots et de glaires. Le bout inférieur de l'anus iliaque saigne également. L'hémogramme montre 3.700.000 hématies. Le malade est ramené à Paris. A la rectoscopie (Dr BENSAUDE) le tube peut être introduit par l'anus iliaque jusque dans l'ampoule rectale, on note sur la face droite de la lumière une véritable traînée de mamelons durs ne saignant pas au contact, qui s'étend sur 4 à 5 cm. Le fragment prélevé au cours de cet examen correspond à une ulcération de la muqueuse à laquelle répond en profondeur une sclérose importante. Il n'y a toujours aucun caractère tumoral.

En décembre I96I, les hémorragies se répètent, accompagnant des douleurs abdominales tenaces à type de coliques. Le I8 décembre la rectoscopie montre une ex-

tension indiscutable des lésions, maintenant pratiquement circulaires, alors qu'elles prédominaient jusque là sur la face droite de l'ampoule. Il existe des lésions bourgeonnantes sur tout le pourtour de l'ampoule rectale. L'aspect d'ensemble est celui de plages ulcérées à fond jaunâtre, alternant avec des zones de coloration rosée recouvertes d'une sécrétion rosée abondante. L'ensemencement de la sérosité sur milieu de SABOURAUD dans l'hypothèse d'une mycose, reste stérile.

La vitesse de sédimentation est à cette époque à 10/ 28/ 96, la protidémie totale est de 77 gr/1, avec albumine 39 gr, globulines 38 gr, rapport 1,03. L'électrophorèse montre une hyper-b et une hyper- gglobulinémie.

En janvier I962 on constate à la rectoscopie (Dr. BENSAUDE) à 12 cm. une zone sténosée extrêmement dure et infranchissable. Les 5-6 cm sous-jacents sont formés par des replis muqueux oedématiés et indurés en disposition assez anarchique rappelant des circonvolutions cérébrales. Cet aspect rappelle celui du lymphosarcome du rectum.

A cette date, l'ensemencement des selles sur milieu de CHAPMANN montrait d'assez nombreuses colonies de Staphylocoques dorés.

Devant la progression irréductible des lésions on prend la décision de pratiquer une amputation du rectum et du sigmoïde. Le malade est opéré le 3 mars I962, dans le service du Dr. LEIBOVICI.

Compte-rendu opératoire :

(Dr. DEMIRLEAU, Dr. SULTAN, service du Dr. LEIBOVICI).

Médiane sus et sous-ombilicale. Décollement de l'anus iliaque, libération et résection du sigmoïde et du

colon. Il est impossible d'avoir un abaissement suffisant pour mettre le bout colique au périnée.

L'ablation du rectum est alors pratiquée. On est obligé de le disséquer exclusivement aux ciseaux longs, il est en effet impossible de le libérer au doigt comme habituellement tant les adhérences sont épaisses. La section de l'espace rétro-rectal crisse sous les ciseaux. Il s'agit essentiellement d'une péri-rectite inflammatoire diffuse.

Au cours des manoeuvres, le rectum sera ouvert. La muqueuse est blanche, granuleuse, très épaissie.

Les deux ailerons latéraux du rectum sont liés et l'on peut pratiquement arriver au périnée par voie haute. La prostate a pu être dégagée sans lésion. On essaie après ligature d'abaisser le colon au périnée, mais l'on estime cette manoeuvre dangereuse car on ne peut éviter une traction jugée excessive sur l'artère colique supérieure gauche qui forme vraiment une corde. On décide en définitive de pratiquer l'exérèse du rectum jusqu'à la marge anale et de terminer l'intervention en réalisant un anus iliaque gauche définitif, pour lequel on utilise l'ancienne incision de colostomie.

Examen anatomo-pathologique :

Les divers fragments examinés ne montrent qu'une intense sclérose sous-muqueuse, mutilant muqueuse et musculeuse, respectant dans l'ensemble la sous-séreuse. Il existe de petites exulcérations muqueuses superficielles, et quelques granulomes à corps étrangers, dont l'un, sous-séreux, paraît développé au contact de vestiges de fils chirurgicaux.

Il n'existe aucun processus tumoral.

Résumé :

Apparition chez un homme de 38 ans d'une lésion rectale apparemment néoplasique, mais dont on ne peut faire la preuve étiologique. La ressemblance avec un cancer est tellement impérative qu'on pratique une colostomie de dérivation les lésions étant jugées inextirpables. Deux ans plus tard les lésions suspectes ont totalement disparu, et de nouveaux praticiens, trouvant un rectum absolument guéri, rétablissent la continuité intestinale.

Récidive au bout d'un an, sous la forme d'une lésion étendue infiltrante et végétante, évoquant en tous points un épithélioma. Extension lente des lésions étalée sur plus de 15 mois, sans qu'il soit davantage possible qu'auparavant d'en découvrir la cause. Il s'agit de tissu de granulation banal, dont la nature maligne est écartée à la suite de nombreuses biopsies. La lymphogranulomatose, l'amibiase, la tuberculose sont également suspectées et éliminées.

La progression inexorable de la lésion, sur laquelle aucune thérapeutique n'a prise, contraint finalement à pratiquer une résection du rectum et du sigmoïde.

oOo

OBSERVATION N° II

Mme V. Simone, 55 ans, vient consulter dans le service du Dr. CATTAN le 22 janvier 1959, parce qu'elle présente de temps à autre des épisodes diarrhéiques consistant en 4 à 5 selles quotidiennes molles, pâteuses, parfois enrobées de sang. Elle est en outre gênée par l'existence d'un écoulement rectal continu de liquide rosé, d'apparition plus récente. Ces sympto-

mes persistent depuis plusieurs années et la malade a été soignée en ville sans succès pour le diagnostic de Recto-Colite Hémorragique.

A la rectoscopie (Dr. BENSAUDE), on découvre à 7 cm un rétrécissement en diaphragme que l'on ne peut franchir, mais à travers lequel on a une vue d'ensemble sur le sigmoïde. Tout le rectum et le sigmoïde sont recouverts de muco-pus abondant, et saignent facilement au contact du rectoscope.

La malade est admise dans le service, où l'on entreprend un traitement de dilatation diathermique. La seconde rectoscopie, le 19 février, montre que le rétrécissement commence à se dilater. Mais on est surtout frappé par l'aspect de la muqueuse, qui est de coloration irrégulière, avec des zones hémorragiques alternant avec des placards blanchâtres plus épais. Dans l'ensemble, la muqueuse présente un aspect cicatriciel qui rappelle la maladie de NICOLAS & FAVRE, mais il n'existe aucune périrectite.

La réaction de FREI est négative, ainsi que la réaction de fixation du complément. Le lavement baryté montre des signes de colite au niveau du sigmoïde, mais ne peut être poussé au-delà du transverse car il est extrêmement douloureux. Sur les clichés, l'ampoule rectale présente un aspect en entonnoir à bords réguliers.

La biopsie n'apporte que des indications restreintes : muqueuse normale, sauf par places ou elle présente des ulcérations comblées par des amas de polynucléaires et de fibrine.

La malade quitte le service à la fin du mois de février. Elle ne saigne plus pendant ses défécations, a repris un transit normal, et la sténose est très améliorée par les séances de dilatation diathermique, qui seront poursuivies en traitement externe.

Lorsqu'on revoit la malade en mars, le rétrécissement se distend très facilement, et l'on peut pour la première fois le franchir avec le tube de I5 mm. En amont la muqueuse est de coloration et de résistance normales. Par contre, les parois de la sténose et tout le rectum inférieur présentent le même aspect.

La muqueuse semble avoir disparu, les parois de l'ampoule sont recouvertes de placards nacrés blanchâtres, à contours irréguliers, séparés les uns des autres par des zones rouge carminé. Il n'y a aucune sécrétion , pas de pus. La résistance de la paroi est normale.

En conclusion, l'aspect serait celui d'un NICOLAS & FAVRE, mais l'on est, comme la fois précédente, frappé par l'absence complète de péri-rectite. Il s'agit en tout cas, d'une lésion non évolutive.

Par la suite, la malade est revue régulièrement. A la fin de l'année, la muqueuse est normale, il n'y a plus aucun signe de rectite, et l'on peut considérer la malade comme guérie.

oOo

OBSERVATION N° III

Mme D. Marie-Louise, 54 ans, présente depuis 10 ans, par intermittence, des selles muco-sanglantes, qui redeviennent normales au bout de quelques jours. Elle a présenté en I959 une aggravation passagère avec évacuations abondantes de glaires et de sang pendant plusieurs semaines de façon intermittente.

Lorsqu'elle vient consulter dans le service du Dr. CATTAN en janvier I962, elle présente depuis 2 mois

une véritable poussée : évacuation incessante de glaires, de sang et d'un liquide jaunâtre abondant. Les selles sont cependant dures, de coloration normale, au nombre de une ou deux par jour. Ces symptômes ont été améliorés par un traitement ambulatoire comportant Ganidan et Cortisone mais un lavement baryté a fait réapparaître tous les signes.

La malade se plaint en outre de douleurs fréquentes de l'hypocondre droit, de nausées, de ballonnement post-prandial.

Au toucher rectal on a l'impression d'un épaississement de la muqueuse au niveau de la face antérieure et des faces latérales du rectum.

A la rectoscopie (Dr. BENSAUDE), il existe entre 7 et 8 cm une lésion étendue, infiltrant à droite la Ière valvule de HOUSTON, à gauche de VI à V2 la paroi ampullaire, entre les deux la face antérieure du rectum. La lésion est légèrement saillante, de surface bosselée ; et par endroits végétante. Il n'y a pas d'ulcération. Elle est relativement souple, ne crisse pas sous le tube. La muqueuse est de coloration rosée, mais recouverte d'un enduit muco-purulent épais. Elle ne saigne pratiquement pas au contact.

Le lavement baryté montre une image lacunaire au niveau de l'ampoule rectale. Le sigmoïde semble de calibre relativement réduit, avec des haustrations mal visibles.

La biopsie à 7 cm montre qu'il s'agit d'une rectite inflammatoire, sans aucun signe en faveur d'une rectocolite hémorragique.

La culture du pus prélevé in situ sur bouillon T et milieux spéciaux , permet l'isolement de colonies de Escherichia Coli, sensibles à la Colimycine exclusivement. Le traitement comporte Colimycine et Cortancyl.

Un mois plus tard (26 février), discrète amélioration. En mars , l'amélioration se fait des plus nettes sur le plan fonctionnel (disparition des faux besoins et des hémorragies), et général (gain de 4 kg). A la rectoscopie, les lésions apparaissent beaucoup plus propres. On continue le traitement Colimycine-Cortancyl.

Le 7 mai I962 la malade présente à nouveau des faux besoins et de discrètes rectorragies réapparaissent . Il y a 7.600 globules blancs, la vitesse de sédimentation est à 30 à la première heure. On interrompt la Colimycine tout en continuant le Cortancyl. Les rectorragies persistent et la malade perd du poids.

En Juin , force est de constater que les lésions continuent d'évoluer. Il existe à la rectoscopie des lésions franchement végétantes sur la paroi antérieure de l'ampoule.

Devant ces faits on demande à la malade d'entrer dans le service pour être mise en observation, mais elle n'a jamais été revue depuis lors.

oOo

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE

L'originalité des observations que nous venons de rapporter réside essentiellement dans le fait qu'elles présentent des lésions rectales chroniques, à forme pseudo-tumorale, ulcéreuse, végétante, ou infiltrante, de nature inflammatoire, mais dont l'étiologie n'a pu être précisée.

De tels faits ont déjà rapportés, à la vérité exceptionnellement. Il n'existe aucune description concernant des Tumeurs inflammatoires chroniques non spécifiques du rectum dans aucun des Traités de Pathologie Digestive médicale ou chirurgicale français ou étrangers que nous avons consultés. En 1943, YEOMANS avait déjà signalé l'existence de granulomes non spécifiques du rectum. Mais c'est seulement dans les quinze dernières années qu'en ont été publiées les premières observations cliniques.

La première semble être celle de MANGONI (Rosario), concernant un cas de recto-sigmoïdite non spécifique à forme pseudo-cancéreuse, qui conduisit à l'amputation du rectum et du sigmoïde. La même année, BELLE, FOX et ALLEN signalent 2 cas de granulomes non spécifiques du rectum, d'apparence néoplasique, mais qui guérirent rapidement sous l'influence de l'Auréomycine. En 1954, BAEZNER (Genève) fait une revue de cet-

te question à propos d'une observation anatomo-clinique personnelle, et rapporte 4 cas relevés à l'Institut Pathologique de Genève. De nouveaux faits du même ordre ont, plus récemment, été signalés par KARK et EPSTEIN (Natal).

Au total, nous avons pu réunir dans la littérature mondiale 13 cas de lésions rectales granulomateuses non spécifiques de type tumoral. Huit seulement d'entre eux ont fait l'objet d'observations cliniques détaillées, auxquelles nous ajoutons nos 3 observations personnelles.

La plupart de ces faits ont été décrits sous le terme de "Rectites Granuleuses non spécifiques" (BAEZ-BER), ou de "Granulomes non spécifiques du rectum" (BELLE, FOX et ALLEN, KARK et EPSTEIN). Il semble que ce terme favorise une certaine confusion. En effet, l'affection que nous allons étudier doit être différenciée des faits signalés par MUSIARI sous la même dénomination ("Granulomas Inespecificos del recto")et qui concernent en vérité des abcès ano-rectaux à forme tumorale. Il en va de même de l'observation exceptionnelle de VOGEL concernant une réaction rectale tumorale pseudo-néoplasique attribuée à l'Auréomycine, et que cet auteur désigne également sous le nom de "Granulome non spécifique du rectum".

Nous adopterons dans ce travail le terme de "Tumeurs Inflammatoires Non Spécifiques du Rectum", (A. BENSAUDE, in Encyclopédie Médico-Chirurgicale, article Rectites (à paraître), terme qui semble le mieux résumér les deux caractères essentiels des faits que nous allons décrire.

oOo

SIGNES CLINIQUES

1 - Signes fonctionnels :

La symptomatologie fonctionnelle de ces tumeurs inflammatoires du rectum ne présente pas de traits bien particuliers. Elle est des plus variable dans son intensité. D'une façon générale, les troubles ne se manifestent que par intermittences entrecoupées de rémissions plus ou moins prolongées. Ceci explique que les malades ne soient vus dans les services spécialisés qu'au terme d'une longue évolution, qui peut se chiffrer en années, comme c'était le cas dans nos 3 observations.

Sur le plan fonctionnel, on peut classer les malades en 2 catégories :

- ceux qui présentent une symptomatologie de type rectal.

- ceux qui se plaignent de troubles digestifs banals

A - La symptomatologie fonctionnelle des tumeurs inflammatoires non spécifiques du rectum est en règle une symptomatologie rectale. Selon les malades et le mode évolutif, elle peut être tantôt intense, tantôt plus discrète.

La plupart des malades sont vus à l'occasion d'une poussée. Les signes fonctionnels sont alors essentiellement de 3 ordres : selles pathologiques, écoulements rectaux, phénomènes douloureux.

- la diarrhée est le signe le plus constant, de sévérité relative (5 à 8 selles par jour), mais n'atteint jamais l'intensité d'un syndrome dysentérique. Les selles sont pâteuses ou semi-liquides, mêlées soit de sang pur, soit de glaires striées de sang, soit de muco-pus

Les évacuations pathologiques peuvent d'ailleurs être afécales (obs. pers. III). Des rectorragies isolées peuvent se voir en dehors des selles.

Plus inhabituelle est la survenue, dans notre Ière observation, d'hémorragies rectales abondantes au point de nécessiter l'hospitalisation d'urgence.

- les écoulements rectaux ont lieu en dehors des défécations. Les malades ne peuvent les contrôler. Ces émissions sont faites soit de mucosités (obs. BAEZNER), ou de pus, soit d'un suintement rosé ou jaunâtre abondant tel qu'on en constate au cours des tumeurs villeuses (obs. pers. II et III).

- les phénomènes douloureux sont ceux observés au cours de toute rectite : épreintes, faux besoins incomplètement soulagés par l'émission de glaires. Le ténesme est constant, plus marqué au moment du passage des selles qu'en dehors de celles-ci.

La présence de tiraillements douloureux du rectum (obs. pers. I) est un signe d'orientation précieux. L'existence d'une douleur sacrée, signe exceptionnel au cours d'une rectite chronique, est rapportée par BELLE dans 1 cas, où elle irradiait vers la hanche gauche.

Les poussées peuvent être plus discrètes, et ne comporter qu'une symptomatologie rectale réduite, faite seulement de quelques selles muco-glaireuses, ou de l'émission d'une petite quantité de sang pendant la défécation, ou d'un peu de ténèsme rectal. Ces malades viennent alors consulter pour la persistance de leurs ennuis, après avoir subi des traitements ambulatoires variés.

B - A côté de ces malades dont les plaintes orientent d'emblée l'examen, d'autres ne présentent que des troubles digestifs vagues, qu'il est plus difficile de rattacher à une cause rectale. Au nombre de ces faits, on peut citer des douleurs abdominales sans caractères précis que le malade rattache à des causes diverses (chute dans

notre obs. pers. I), du météorisme (obs. pers. III), l'existence de selles diarrhéiques par intermittence, ou au contraire une constipation rebelle qui peut rester longtemps masquée par l'usage immodéré des laxatifs (cas I et II de BELLE et col.). Cette constipation s'accompagnait tardivement de nausées, et même dans un cas de vomissement, et de modification du calibre des selles.

II - Signes généraux :

Ils n'existent que dans les formes sévères au cours de poussées. Certaines tumeurs inflammatoires non spécifiques du rectum peuvent évoluer de façon parfaitement silencieuses : ainsi, dans deux de nos observations, il n'existait aucune altération de l'état général.

A l'opposé, les formes sévères s'accompagnent d'un cortège de troubles parfois prononcés.

L'anémie peut être intense (obs. pers. I, obs. II de BELLE), en rapport avec les rectorragies macro ou microscopique. Asthénie et anorexie marquées ont été notées par BELLE, ainsi que dans notre obs. I.

La fièvre n'est rapportée que dans un cas (obs. II de BELLE).

Le fait le plus remarquable est la rapidité et le caractère massif de l'amaigrissement : 10 kgs en 4 mois dans notre obs. I ; -16,8 kg en 3 mois dans l'obs. II de BELLE. Une telle perte de poids résulte, soit des déperditions hydriques dues au syndrome diarrhéique, soit de l'anorexie ou des restrictions alimentaires que s'imposent les malades constipés.

III - Signes physiques :

L'examen physique, quels que soient les signes fonctionnels qui amènent les malades à consulter, doit

obligatoirement combiner les données de l'inspection, du toucher rectal et de l'endoscopie.

A - L'inspection de la région anale et périanale sur le malade en position genu-pectorale ne doit pas être négligée. L'existence de condylomes, de fissure anale, d'hémorroïdes est de constatation banale. Exceptionnellement, l'inspection montre l'issue de mucosités, ou d'un suintement rosé par l'orifice anal (obs. pers. III). Il est important de rechercher soigneusement l'existence de fistules, qui doivent être explorées au stylet. Leur présence permettra d'éliminer un abcès ano-rectal, dont certaines formes peuvent simuler une tumeur du rectum.

B - Le toucher rectal permet de percevoir les lésions ampullaires basses, se présentant sous la forme soit d'un épaississement circonscrit ou diffus de la paroi, soit d'une tumeur dont la dureté et l'extension rappellent tout à fait celles d'un cancer.

Parfois, le doigt peut pénétrer dans une ulcération donnant la sensation d'une dépression localisée (obs. pers. I). Au voisinage de la tumeur, on trouve parfois un cartonnage de la paroi (obs. pers. I et III).

Dans d'autres cas, le doigt pénétrant par l'anus perçoit une masse annulaire continue encerclant tout le rectum, et vient buter dans la lumière d'une sténose parfois très serrée (BELLE, BAEZNER, obs. pers. II).

Le doigtier revient constamment souillé de sang ou de sécrétions sanieuses. En somme, le toucher rectal donne, dans la majorité des cas, l'impression d'une néoplasie typique.

C - A l'examen endoscopique, les tumeurs inflammatoires non spécifiques du rectum revêtent une morphologie très variable indépendamment des symptômes fonctionnels qui les ont révélés. Plusieurs formes

peuvent en être décrites :

a - des formes infiltrantes, donnant au T. R. l'impression d'un épaississement de la paroi. Elles peuvent être limitées ou diffuses.

Parfois l'infiltration est limitée à une ou plusieurs faces du rectum, réalisant l'aspect de placards surélevés légèrement saillants (obs. pers I et III). Dans les formes diffuses, toutes les parois du rectum sont oedématiées, cartonnées donnant sous le rectoscope une sensation cartilagineuse (obs. II de BELLE) Au maximum est réalisée une véritable sténose (obs. de BELLE de BAEZNER, de KARK et EPSTEIN).

Les zones infiltrées peuvent être recouvertes d'une muqueuse rosée ou d'un enduit muco-purulent. Dans certains cas elles se présentent sous l'aspect de placards nacrés blanchâtres d'aspect cicatriciel (obs pers. I et III).

b - Les formes végétantes réalisent tous les types de végétations : granulations de petite taille, formations polypoïdes, et même véritables masses intra-rectales en chou-fleur saillant dans la lumière (BELLE obs I). Ces végétations reposent en général sur des placards indurés dépassant largement leurs limites. Elles sont fragiles, saignant facilement au contact du rectoscope.

c - Les formes ulcéreuses, plus rares, se présentent comme des pertes de substance de taille variable, unique (obs. III de BAEZNER) ou multiples (obs. pers. I). leur fond est recouvert d'exsudat muco-purulent

Dans le Ier cas de BELLE, de part et d'autre d'une volumineuse masse bourgeonnante la muqueuse rectale et colique présentait des ulcérations superficielles diffuses.

Ces différents types morphologiques peuvent s'associer chez un même malade L aspect d ensemble

était ainsi, par exemple, celui d'une masse bourgeonnante ulcérée dans l'observation III de BAEZNER ailleurs celui de végétations reposant sur une zone infiltrée (obs. pers. I). De même, chez notre troisième malade qui présentait initialement une large infiltration des parois antéro-latérales de l'ampoule rectale, a-t-on vu apparaître en quelques mois des lésions franchement végétantes.

Tous les types morphologiques peuvent être recouverts de sécrétions glaireuses ou muco-purulentes.

IV - Examen général :

Dans les observations étrangères et nos cas personnels, l'examen général n'a apporté aucun élément particulier. Son intérêt est surtout d'ordre négatif.

Pour conclure cet exposé du tableau clinique des Tumeurs Inflammatoires Non Spécifiques du rectum, à la lumière de quelques rares observations, il nous semble justifié d'attirer l'attention sur la facilité avec laquelle ces lésions indurées et saignant au contact, peuvent simuler un cancer ampullaire. Cette notion, déjà soulignée par MANGONI et par BELLE, FOX et ALLEN, se trouve confirmée de façon frappante par notre première observation en particulier. Elle peut être à l'origine d'un fort difficile problème diagnostique sur lequel nous aurons à revenir.

oOo

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

I - Le lavement baryté :

Il doit être pratiqué sous atropine pour éliminer toute image de nature spasmodique. Son intérêt est surtout de préciser la limitation en hauteur des lésions.

Les aspects radiologiques réalisés par les tumeurs inflammatoires non spécifiques du rectum sont des plus variables et impossibles à schématiser. Il peut s'agir d'images de soustraction, dessinant une encoche sur la plage opaque (obs. pers. III). Ailleurs l'aspect est celui de petites images multi-lacunaires réalisant une image marécageuse (obs. I de BELLE). En pratique, ces clichés sont extrêmement difficiles à interpréter, et dans la grande majorité des cas, ils ne le seront qu'en fonction de l'endoscopie.

Par contre, lorsque les lésions sont infranchissables au rectoscope, le lavement baryté apporte des renseignements précieux, en permettant de préciser leur extension en hauteur. Dans le cas I de BELLE et Coll. , les clichés révèlaient ainsi une sténose canaliculaire s'étendant sur I2 cm. Ces indications sont, on le conçoit, de la plus grande importance lorsqu'on envisage une intervention chirurgicale.

Enfin, le lavement baryté permet d'étudier le colon sus-jacent, voire même, par reflux, le grêle terminal, ce qui est indispensable pour distinguer les tumeurs inflammatoires, purement rectales ou recto-sigmoïdiennes, des localisations basses de la Recto-Colite Hémorragique, ou de la maladie de CROHN.

II - Examens biologiques :

A - L'hémogramme est indispensable pour apprécier le degré de l'anémie et il faut savoir que celle-ci peut être sérieuse et nécessiter une thérapeutique appropriée : 2.450.000 éléments dans le cas II de BELLE au premier examen, chiffre inférieur à 2.000.000 dans notre obs. I.

Les cas de tumeurs inflammatoires non spécifiques du rectum étudiés ne s'accompagnent d'aucune modification du chiffre des leucocytes, sauf chez un malade de BELLE qui présentait un état fébrile et une hyperleucocytose à 20.950 éléments, que n'expliquait aucun processus suppuratif. La vitesse de sédimentation est constamment accélérée de façon discrète.

B - Les réactions sérologiques de la syphilis font partie des examens de routine. Les deux malades de BELLE présentaient une réaction de KAHN fortement positive, qui s'est négativée sous traitement antibiotique sans que celui-ci ait aucune influence sur les lésions rectales.

C - Le dosage des protides sanguines est plus intéressant. En effet, notre premier malade, ainsi que les deux patients de BELLE et coll. , présentaient une nette augmentation des séroglobulines portant sur la fraction gamma, associée à une hypo-albuminémie, avec inversion du rapport.

Le bilan hépatique n'est rapporté dans aucune observation étrangère. Chez notre premier malade,la réaction au thymol était fortement positive, le test à la céphaline légèrement.

De tels faits sont encore d'interprétation difficile. La chute de l'albumine traduit sans doute la dénutrition et la spoliation sanguine prolongée résultant de cette

affection chronique. Quant aux modifications des gamma globulines et des réactions de floculation, on sait qu'elles ont également été décrites dans la maladie rectale de NICOLAS & FAVRE, d'étiologie virale (JONES & ROME, SCHAMBERT).

III - Examens coprologiques :

A - Les recherches bactério et parasitologiques dans les selles et les sécrétions rectales, à l'examen direct et en culture, ont été effectuées à de nombreuses reprises chez tous les malades. Elles se sont toujours avérées négatives dans les observations étrangères. Dans nos observations personnelles, le Colibacille a été isolé 2 fois en culture sur gélose, et chez l'un de ces malades (obs. I) l'ensemencement sur milieu de CHAPMANN a montré 1 fois, en fin d'évolution, la présence de Staphylocoque doré, alors que toutes les recherches précédentes étaient négatives. Ceci semble indiquer qu'il ne s'agit là que de germes de surinfection.

B - L'examen histo-chimique des selles n'a été pratiqué que dans 2 observations. Dans celle de BAEZNER, les selles étaient alcalines et les fibres musculaires bien attaquées. Dans notre observation I, les fibres musculaires étaient intactes, les selles riches en graisses intermédiaires et en acides gras.

IV - La biopsie :

Le prélèvement doit être pratiqué en pleine lésion Il est préférables d'ut iliser les pinces de biopsie courantes, le prélèvement profond au bistouri sous anesthésie générale après dilatation anale risquant de provoquer une hémorragie.

L'examen microscopique des fragments prélevés au niveau de la tumeur montre la présence d'un tissu pathologique identique dans toutes les observations. Il

	Protides tx	Albumine	Globulines	Rapport
Observation I (I956)	80 gr/l	42	58	0,72
Observation I (I96I)	77	39	38	I.03
BELLE & coll. cas n° 1	71	33,7	37,3	0,9
BELLE et Coll. cas n° II	87	35,5	5I,5	0,7
BAEZNER ++	53	38	25	1,5

++ il s'agissait d'une malade âgée de 82 ans, qui présentait outre son affection rectale un état d'asystolie dont elle allait mourir quelques semaines plus tard.

s'agit de tissu inflammatoire de granulation banal, dépourvu de tout caractère spécifique. Ce Granulome non spécifique a d'ailleurs servi à BELLE et coll., à BAEZNER, à définir l'affection en l'absence d'étiologie connue.

En fait, l'absence de tout caractère spécifique au sein de ce tissu inflammatoire doit rendre très prudent dans l'interprétation des résultats, surtout dans les formes simulant un cancer du rectum, car elle ne permet pas de conclure d'emblée à la nature inflammatoire de l'ensemble de la lésion. Et l'on sait qu'au voisinage des tumeurs malignes du rectum existent des réactions inflammatoires. On ne devra donc pas se contenter d'un seul examen histologique, mais il faudra multiplier au contraire les prises en différents endroits de la tumeur.

Cet examen ne prend donc une valeur certaine que si toute autre étiologie a été éliminée. Dans ces conditions, et lorsque des biopsies répétées auront montré l'identité histologique des fragments prélevés, le diagnostic de Tumeur Inflammatoire Non spécifique du rectum pourra être retenu plus valablement.

oOo

EVOLUTION

Elle est difficile à schématiser, étant donné le petit nombre des observations. On l'a vu, son trait dominant est la chronicité . Les lésions peuvent évoluer pendant des mois et même des années, émaillées de poussées plus ou moins intenses et de rémissions. A partir de la date ou le malade est traité, on peut décrire 3 éventualités.

a - Cas favorables :

La tumeur inflammatoire peut guérir totalement sous l'influence du traitement. Les 2 observations de BELLE et coll. présentent 2 cas de guérison complète par le traitement médical. Notre seconde malade a guéri sans séquelle. Il faut également citer le cas de notre première observation, où la lésion initiale a totalement disparu à la suite de la première colostomie.

La guérison s'annonce par la disparition des écoulements rectaux et des rectorragies, le retour à un transit normal, la reprise des forces, de l'appétit et d'un poids satisfaisant. Elle est attestée par la disparition des lésions rectales, contrôlée par l'examen physique, endoscopique et radiologique. Dans un cas seulement (obs. I de BELLE) persistait à leur emplacement une petite cicatrice fibreuse perceptible au doigt.

b - Cas défavorables :

Certaines lésions ne répondent pas au traitement et continuent d'évoluer en dépit de toutes les tentatives thérapeutiques. L'évolution est alors catastrophique.

- Les lésions s'étendent peu à peu, irréductiblement, et gagnent le sigmoïde. L'intestin terminal se transforme en un tube rigide (obs. pers. I). L'extension en largeur détermine une sténose responsable d'accidents occlusifs (BAEZNER).

- L'altération de l'état général devient parallèlement profonde, l'asthénie, l'anémie et la dénutrition mènent plus ou moins vite à un état précachectique.

- Des complications peuvent grever encore ce tableau : hémorragies abondantes et répétées pouvant contraindre à une hémostase chirurgicale (obs. pers. I) ailleurs surinfection et suppuration de voisinage (VOGEL).

c - Récidives :

L'existence en est prouvée par notre première observation. Le malade, guéri contre toute attente à la suite d'une colostomie, qui fut alors refermée, put mener pendant un an une vie normale. Au terme de ces douze mois, la reprise des signes fonctionnels faisait découvrir une nouvelle tumeur rectale ayant tous les caractères de la lésion initiale.

oOo

PRONOSTIC

Il est d'autant plus malaisé à établir que l'étiologie de l'affection nous est inconnue.

Dans certains cas, les lésions semblent peu évolutives et compatibles avec une vie normale prolongée (obs. pers. II et III). Chez d'autres malades au contraire, la tendance évolutive du processus inflammatoire est marquée, et entraine l'extension rapide des lésions et l'altération précoce de l'état général (obs. de BELLE). Ces formes graves concernent d'ailleurs des malades plus jeunes (24 et 26 ans, contre 54 et 55 pour nos malades).

Il est difficile de distinguer les éléments permettant de prévoir le génie évolutif de l'affection. Ni l'intensité des signes fonctionnels, ni la morphologie des lésions ne semblent pouvoir faire figure d'arguments, ni même l'extension en hauteur et en largeur de la tumeur inflammatoire, puisque dans les 2 cas de BELLE et coll. des lésions recto-sigmoïdiennes étendues et même sté-

nosantes ont fondu sous l'influence de l'Auréomycine, dans un délai de quelques semaines.

En définitive, c'est la qualité et la rapidité de la réponse au traitement qui fournit le meilleur argument pronostic. Mais l'efficacité de la thérapeutique est, nous l'avons vu, irrégulière. Si l'Auréomycine a donné deux succès complets et inattendus à BELLE, elle est restée sans action dans le cas de BAEZNER ainsi que chez notre premier malade.

oOo

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC POSITIF

Dans un premier stade, il faut faire le diagnostic de lésion rectale. Celui-ci ne peut être posé que par l'examen recto sigmoïdien. Tant que ce dernier n'a pas été pratiqué le diagnostic est impossible. Le plus souvent d'ailleurs, l'attention sera attirée par un syndrome fonctionnel rectal.

Les lésions dépistées, il s'agit d'établir leur nature. Or, à l'examen physique et endoscopique, la morphologie si diverse des lésions ne permet en aucune façon de reconnaître une tumeur inflammatoire non spécifique. Au contraire, nous l'avons dit, elle est la source d'erreurs de diagnostic, en particulier en faveur du cancer du rectum.

Même l'examen histologique, nous l'avons vu, n'apporte aucune certitude. Seul, l'examen anatomo-pathologique de la pièce dans sa totalité permettrait un diagnostic assuré. En l'absence de celui-ci le diagnostic pourra parfois être suspecté rétrospectivement devant la disparition rapide sous traitement d'une tumeur rectale de nature indéterminée.

En définitive, c'est sur un faisceau d'arguments et surtout d'arguments négatifs que repose le diagnos-

tic de tumeur inflammatoire non spécifique du rectum, qui se présente ainsi, actuellement du moins, comme un diagnostic d'élimination.

oOo

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

La grande diversité morphologique qu'offrent à l'endoscopie les tumeurs inflammatoires non spécifiques du rectum, amène à discuter de nombreuses affections rectales tumorales ou pseudo-tumorales.

Ainsi que nous venons de le dire, c'est par l'élimination successive de toute autre étiologie, que l'on a abouti à ce diagnostic, tant chez nos malades personnels que dans les observations de BELLE, de BAEZNER, de KARK et EPSTEIN.

1 - L'un des traits frappants de l'affection, est de se présenter fréquemment sous les traits d'une lésion maligne.

A - Le cancer ampullaire est en effet le premier diagnostic que l'on évoque devant une lésion infiltrée et bourgeonnante. Disons encore combien les traits cliniques communs à cette affection et certaines tumeurs inflammatoires non spécifiques sont multiples :

- Leur symptomatologie fonctionnelle est faite d'un syndrome rectal avec rectorragies pendant les défécations et émissions glaireuses. Ceci évoque d'emblée

l'idée du cancer, surtout chez un malade fatigué présentant un amaigrissement récent.

- Au toucher rectal, on trouve une tumeur dont la dureté et l'extension sont tout à fait celles d'une lésion maligne. Le diagnostic semble confirmé, d'autant que, à la rectoscopie, la lésion simule absolument une néoplasie avec tous ses caractères : induration, crissement sous le rectoscope, saignement au contact (obs. pers. I, obs. I et II de BELLE).

Chez notre premier malade, cette ressemblance était tellement impérative, que le patient fut rapidement confié au chirurgien et opéré, malgré plusieurs biopsies négatives.

De fait, la biopsie elle-même est impuissante à trancher le doute, puisqu'elle ne montre qu'un tissu inflammatoire banal. Or, en matière de cancer, c'est une règle absolue que la biopsie n'a de valeur que positive. On sait trop que le prélèvement a pu être pratiqué à côté de la lésion, en tissu inflammatoire péri-cancéreux. On sait trop qu'un prélèvement négatif n'autorise aucune conclusion.

Le problème est angoissant, puisqu'il s'agit ici d'éviter à des malades atteints d'une affection purement inflammatoire, et susceptible de guérir rapidement, une grave mutilation chirurgicale. En pratique, il faut cependant prendre parti, et il n'existe pour ce faire qu'une conduite :

- répéter les biopsies autant de fois qu'il le faudra, en des points variés de la lésion et ce n'est que devant des prélèvements constamment négatifs qu'on pourra mettre en doute valablement le diagnostic d'épithélioma.

- faire ces examens successifs sous traitement d'épreuve, la réponse rapide des lésions au traitement constituant la meilleure preuve de leur nature inflammatoire (obs. I et II de BELLE).

Cette épreuve thérapeutique devra se soumettre à deux conditions un peu contradictoires : d'une part, il faut exiger un résultat thérapeutique absolument évident et continu, car la fonte d'un bloc inflammatoire péri-cancéreux peut aussi donner une fausse sécurité. D'autre part, le délai de l'épreuve devra être assez bref, car le temps presse en matière de cancer. Dans les 2 observations de BELLE, un délai de I5 jours à 3 semaines avait déjà apporté une amélioration considérable.

B - Dans d'autres cas, sans revêtir l'aspect typique d'un épithélioma, le caractère induré et anarchique de la tumeur inflammatoire ne laisse pas moins d'être suspect. En présence d'une lésion atypique du rectum, il faut toujours penser au lymphosarcome. C'est précisément l'aspect qu'évoquaient les dernières rectoscopies chez notre premier malade.

On sait que les lymphosarcomatoses généralisées (maladie de KUNDRAT) s'accompagnent d'autres localisations digestives ou pharyngées, d'où la nécessité d'un examen radiologique complet pour éliminer ce type de tumeur. Mais il existe également des lymphosarcomes localisés à la sphère rectale. Dans ces formes, la biopsie permet très souvent, mais non toujours de soupçonner le diagnostic. En cas de doute, la chimiothérapie anticancéreuse, qui agit assez rapidement sur les lésions de ce type, sera un élément utile au diagnostic.

2 - Une fois le cancer éliminé , on est amené à discuter le groupe des rectites inflammatoires spécifiques, dont les moins rares sont la maladie rectale de NICOLAS et FAVRE, les tumeurs parasitaires et la tuberculose.

A - En dehors de ses formes hypertrophiques diffuses, la maladie de NICOLAS et FAVRE peut réaliser des formes végétantes localisées plus difficiles à reconnaitre. Elle est actuellement rarissime.

Certes le diagnostic en serait facile devant le grand tableau classique, mais depuis l'avènement des sulfamides il a presque totalement disparu, La notion de sodomie garde une certaine valeur ; elle n'a pu être acquise chez aucun de nos malades. L'existence d'altérations protidiques et des réactions de floculation est, nous l'avons vu, commune à cette affection et aux tumeurs inflammatoires non spécifiques.

La réaction de FREI, considérée comme spécifique de la lymphogranulomatose, est négative au cours des tumeurs inflammatoires non spécifiques (BELLE, BAEZNER, obs. pers.) mais bien des critiques lui ont été adressées, dont nous retiendrons surtout l'incertitude du pouvoir antigénique, du fait de la rareté actuelle d'antigène frais humain résultant de la quasi-disparition de la maladie.

En définitive, le diagnostic de lymphogranulomatose évoqué dans les cas de BELLE et nos cas personnels a été écarté sur l'absence de toute histoire clinique suspecte, la négativité de la réaction de FREI et de la réaction de déviation du complément, et enfin, l'inefficacité du traitement sulfamidé d'épreuve.

B - L'amibiase rectale, dont d'assez nombreux cas ont été publiés récemment, peut se discuter devant des lésions végétantes, tumorales ou sténosantes. Le diagnostic en est difficile, en l'absence d'ulcérations rectales caractéristiques. Habituellement, il existe un syndrome dysentérique net dans les antécédents du malade, et les localisations rectales sont exceptionnelles dans les formes discrètes.

Cependant, ce diagnostic a été envisagé dans les 2 cas de BELLE ainsi que dans notre observation I. Les

examens de selles répétés ont toujours été négatifs, mais on sait qu'en matière d'amibiase rectale, l'examen des selles n'est pas suffisant. Plus affirmatives sont la recherche d'oeufs ou de parasites dans les produits de grattage des lésions, qui n'ont donné aucun résultat, et la négativité de la réaction de fixation du complément. Enfin, l'inefficacité du traitement émétinien d'épreuve a conduit chez ces trois malades, à écarter définitivement l'hypothèse d'une tumeur amibienne.

C - La Bilharziose rectale réalise également des lésions granuleuses, végétantes et même sténosantes. Fort rare sous nos climats (TOURENC en a communiqué 78 cas en 1939 à la Martinique), elle a pu être soupçonnée par BELLE, par KARK et EPSTEIN, chez plusieurs malades de race noire.

Le diagnostic repose sur la notion de séjour en pays d'endémie, sur la découverte de Schistosoma Mansoni dans les selles, et sur la présence d'oeufs vivants sur les fragments biopsiques. Tous ces examens étaient négatifs chez les malades en cause, ainsi que la réponse au traitement d'essai par les sels d'antimoine.

D - La tuberculose rectale peut être simulée par des lésions non spécifiques, non pas tant dans sa forme ulcéreuse habituelle, que dans ses formes hypertrophiques localisée ou diffuse.

L'hypothèse d'une tuberculose rectale a été soulevée chez les 2 malades de BELLE, et dans notre obs. I. Le diagnostic en était très difficile, ces malades ne présentant aucune autre localisation viscérale de tuberculose secondaire. Certes, il n'a jamais été constaté de B.K. sur les fragments biopsiques après coloration de ZIEHL, mais l'on sait combien cet argument, le seul décisif, est rarement obtenu. Quant à la découverte de bacilles dans les selles, sa valeur est beaucoup

plus discutable car il peut s'agir de bacilles déglutis, même en l'absence de lésion pulmonaire patente. En définitive, l'examen bactériologique de frottis des lésions, et ici encore, l'échec du traitement antibiotique d'épreuve, sont les 2 éléments qui ont permis de faire justice à ce diagnostic.

E - La morphologie habituelle des tumeurs inflammatoires non spécifiques n'évoque en rien l'Actinomycose rectale, qui réalise une énorme tumeur de la fesse. Cependant, cette affection a pu être mise en cause une fois, chez notre premier malade, dont la muqueuse rectale présentait de petites plages ulcérées à fond jaunâtre évoquant de loin l'aspect de grains de mycelium. Ce rare diagnostic sera éliminé par la culture des sécrétions purulentes sur milieu de SABOURAUD et la recherche sur les prélèvements biopsiques, des follicules épithélioïdes centré par des grains jaunâtres formés de filaments mycéliens.

3 - Les lésions n'étant ni cancéreuses, ni dues à un agent spécifique, on peut encore se demander s'il ne s'agit pas d'une localisation rectale d'une Recto-Colite Hémorragique, ou d'une maladie de CROHN.

A - Ainsi, la R.C.H. pourrait être envisagée, devant une sténose basse de l'ampoule rectale. En fait, le problème ne se pose guère, car c'est là une complication extrêmement tardive de la maladie. Même si la sténose empêche de faire le diagnostic endoscopique en s'opposant à la progression du rectoscope, l'interminable histoire clinique de ces malades, et les signes radiologiques, feront parvenir au diagnostic.

B - Il est beaucoup plus difficile de savoir si on a ou non affaire à une maladie de CROHN, dont on connait depuis peu les lésions rectales. Elles peuvent revêtir la forme d'abcès, de rectites ulcéreuses et même bourgeonnantes, d'où la possibilité de confusion avec une tumeur non spécifique. Certes l'aspect histologique de follicules épithélioïdes contenant des cellules géantes, dépourvus de B.K. est évocateur, mais ici aussi cet aspect peut faire défaut si la biopsie a porté à côté de la lésion. En réalité, le diagnostic n'est possible que s'il existe une image iléale patente à l'examen radiologique, ou des antécédents sans équivoque, telle la malade de VOGEL qui présentait un "granulome non spécifique" du rectum 3 ans après l'exérèse de 30 cm d'intestin pour iléite terminale typique.

4 - Enfin , les abcès ano-rectaux à forme tumorale, dont un certain nombre d'observations ont été communiquées récemment, doivent être distingués des tumeurs inflammatoires du rectum.

Le diagnostic ne se pose pas lorsqu'il existe un orifice fistuleux dont la pression fait sourdre du pus (observations de MUSIARI), et dont le catéthérisme mène sur une crypte de MORGAGNI.

Par contre, comme le montrent les cas rapportés par A. BENSAUDE, MILSTEIN et CHAVANON, il existe des abcès chroniques d'emblée, qui semblent n'avoir aucune tendance à la fistulisation et se présentent comme une masse tumorale assez nettement limitée, de consistance très dure, à peine sensible à la pression. Le diagnostic est alors très difficile. Il peut être posé si la ponction ramène du pus, En dehors de ces cas, il ne peut être fait qu'à l'intervention.

5 - Au terme de cette longue liste d'affections diverses que peuvent simuler les tumeurs inflammatoires non spécifiques du rectum, il faut citer les lipogranulomes rectosigmoïdiens, récemment décrits par COSTESCU, et dont WILSON avait déjà rapporté un cas en 1954. Cette maladie se caractérise par la présence d'une masse intra-rectale indurée, présentant tous les caractères d'un cancer ampullaire (obs. de WILSON). Elle peut être sténosante (obs. I de COSTESCU). Le diagnostic n'en est possible que si la localisation rectale fait partie d'une lipogranulomatose généralisée (obs. II de COSTESCU). Lorsquelle est isolée (obs. I de COSTESCU, obs. de WILSON), le diagnostic n'est posé qu'à l'intervention.

oOo

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1 - Macroscopique

Elle a pu être bien étudiée seulement dans l'observation de BAEZNER (dont la malade est décédée d'une poussée d'asystolie). Nous avons emprunté ses conclusions à cet auteur.

La lésion était double, rectale et péri-rectale. Les parois du rectum, ainsi que les tissus péri-rectaux, étaient épaissis, cartonnés, blanchâtres, crissant sous les ciseaux. Les couches musculaires étaient bien visibles. Il n'y avait pas d'adhérences aux organes voisins.

La lumière était rétrécie, laissant à peine passer un doigt. Cette sténose canaliculaire s'étendait sur une hauteur de 22 cm, jusqu'au niveau du sigmoïde; dont la muqueuse présentait des traînées vertes ressemblant à des fausses membranes.

En aval du rétrécissement, toute la muqueuse rectale était violacée et granuleuse, parsemée de granulations de la taille d'une tête d'épingle en verre.

L'essentiel de ces constatations a été confirmé à l'examen de la pièce d'exérèse, dans notre première observation. Il existait là aussi une sténose recto-sigmoïdienne, une rectite et une péri-rectite intenses. Les parois de l'organe, très épaissies, crissaient sous les ciseaux. Chez notre malade, il y avait des adhérences diffuses. La muqueuse rectale était blanchâtre, cartonnée et parsemée de granulations comme dans l'observation de BAEZNER.

Il faut noter que cette description ne concerne que des cas avancés, ou le processus inflammatoire infiltre toute l'épaisseur de la paroi rectale. Les lésions en effet semblent pouvoir rester plus discrètes et superficielles chez d'autres malades. Ainsi, dans notre seconde observation, a-t-on toujours été frappé par l'absence complète de péri-rectite.

2 - Microscopique

A - Dans l'observation de BAEZNER, l'examen histologique montrait une ulcération étendue de la muqueuse, l'épithélium ayant disparu. En surface de l'érosion se voyaient de nombreux capillaires très dilatés. Entre eux, on trouvait un tissu de granulation lympho-plasmocytaire avec quelques histiocytes, quelques éosinophiles et de rares polynucléaires. Ce tissu était étendu à toute l'ulcération.

En profondeur, la sous-muqueuse montrait une fibrose assez dense. Les infiltrats y étaient moins marqués, les vaisseaux dilatés et par endroits hyalinisés, mais sans lésions artéritiques. A proximité de la musculeuse, se trouvaient de nombreux éléments ganglionnaires sympathiques, dont certains montraient un noyau picnotique. Ils étaient entourés par endroits du même infiltrat lympho-plasmocytaire.

La musculeuse était bien constituée et très peu infiltrée par le tissu de granulation. La séreuse pré-

sentait de rares infiltrats toujours du même type, à proximité des éléments vasculaires et nerveux.

Sur les coupes histologiques, il n'y avait ni cellules géantes, ni follicules épithélioïdes, ni caséification, et la tendance à la fibrose était peu marquée. Il n'existait aucun élément néoplasique, pas de B.K. après coloration de ZIEHL. La coloration de VAN GIESEN mit en évidence une sclérose sous-muqueuse, qui par endroits infiltrait la muqueuse, mais qui n'était pas destructive.

B - Si l'on compare ces faits aux constatations obtenues par biopsie dans l'ensemble des observations dont nous disposons, on constate que les altérations histologiques sont identiques, du moins en ce qui concerne les lésions superficielles, seules visibles à la biopsie. De façon constante, la muqueuse présente en effet des ulcérations comblées par du tissu de granulation et des dépôts fibrineux. Le tissu conjonctif est le siège d'une réaction inflammatoire à la fois vasculaire avec présence de néo-capillaires, et cellulaire, à prédominance lymphoplasmocytaire. Le tissu fondamental présente une hyperplasie avec tendance plus ou moins marquée à la fibrose.

Au total, on retrouve dans tous les cas les caractéristiques du processus de l'inflammation : infiltration cellulaire, réaction vasculaire et prolifération de la substance fondamentale. Cette réaction inflammatoire ne comporte aucun élément histologique de nature spécifique.

Dans ce tissu de réparation, la prédominance des réactions cellulaires locales et conjonctives, la discrétion de la diapédèse leucocytaire, indiquent une inflammation subaiguë ou chronique.

C - Dans notre observation I, on a vu qu'il existait au sein de la pièce opératoire quelques granulomes

à corps étrangers. L'un semblait développé au contact de vestiges de fils chirurgicaux. Nous aurons à revenir ultérieurement sur ces faits.

oOo

CHAPITRE V

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

1 - Circonstances d'apparition

Sur 13 observations de tumeurs inflammatoires non spécifiques du rectum, 9 concernent des malades de sexe féminin, 4 des hommes. Sept de ces malades étaient de race noire.

Leur âge varie très largement entre 24 et 82 ans avec un âge moyen compris entre 25 et 55 ans. KARK et EPSTEIN en signalent un cas chez une fillette noire de 8 ans.

Dans la majorité des observations, les circonstances d'apparition des lésions n'ont pas été précisées. Il semble cependant intéressant de noter, dans 3 d'entre elles, l'existence d'un épisode fébrile de type grippal dans les semaines précédant l'installation du syndrome rectal. Ce fait a été remarqué par BELLE et coll. chez leurs 2 malades, dont l'un avait présenté en outre des arthralgies et des douleurs musculaires.

Dans notre observation I, c'est à la suite d'un "refroidissement" que le malade a présenté pour la première fois des signes rectaux intenses, qui amenèrent le dépistage d'une lésion rectale.

Il faut en rapprocher l'observation rarissime de VOGEL rapportant un cas de "granulome non spécifique du rectum", qui fut considéré comme une réaction allergique ou toxique consécutive à la prise d'Auréomycine per os. Il est remarquable que ce médicament ait été précisément prescrit à l'occasion d'un épisode fébrile de type grippal.

En dehors de ces faits, les antécédents des malades ne présentaient aucun trait particulier.

2 - Interprétation pathogénique

La cause de ces tumeurs inflammatoires aspécifiques du rectum est inconnue. On ne peut, dit BELLE que spéculer sur l'étiologie véritable de ce type de lésion.

A - S'agit-il d'une affection provoquée par un VIRUS ?

Telle est l'idée émise par BELLE, FOX et ALLEN, qui fondent leur interprétation sur la réponse exclusive de leurs 2 patients à l'Auréomycine, et l'échec de tous les autres antibiotiques courants. Pour ces auteurs, de tels faits pourraient suggérer le rôle d'un virus.

L'analyse des observations apporte d'autres éléments qui pourraient rendre vraisemblable une telle hypothèse : existence d'un état de type grippal, dont nous venons de parler, et même d'arthralgies et de myalgies dans les antécédents immédiats ; augmentation du taux des gamma-globulines sanguines comme dans d'autres affections virales, la maladie de NICOLAS et FAVRE en particulier.

Cependant, reconnaissent les auteurs, il ne s'agit que d'une hypothèse, en faveur de laquelle n'a

été effectuée aucune recherche particulière, ni culture spéciale pour l'isolement des virus, ni études immunologiques, ni recherche d'inclusions cellulaires au microscope électronique.

A la lumière de nos observations personnelles et de faits récemment rapportés, il semble possible d'avancer deux autres essais d'interprétation.

B - Faut-il considérer ces tumeurs inflammatoires aspécifiques comme des infections locales banales ?

Il pourrait s'agir en effet simplement d'une lésion quelconque de la paroi, contaminée secondairement par un germe de surinfection qui entretiendrait la chronicité.

Certes, on a isolé des Colibacilles en culture pure dans les selles de 2 de nos malades personnels, et chez l'un d'eux des colonies de Staphylocoque doré. Mais plusieurs raisons conduisent à ne leur attribuer qu'un rôle secondaire dans l'évolution de la tumeur inflammatoire. Dans l'ensemble des observations restantes en effet, les recherches bactériologiques les plus poussées dans les matières fécales et les frottis de la lésion sont demeurées négatives. La présence de ces organismes pathogènes chez nos deux malades est l'exception. Par ailleurs, ces germes n'apparurent que très tardivement au niveau des lésions puisque seul un ultime examen de selles fut positif, alors que les ensemencements antérieurs (pratiqués régulièrement depuis plus d'un an dans notre obs. I) restèrent stériles.

Il s'agit donc probablement de germes de seconde venue, ne rendant pas compte de l'évolution initiale.

Par contre, dans l'une de nos observations, la tumeur inflammatoire non spécifique semblait développée au contact d'un corps étranger (obs. I). On se souvient qu'il existait de petits granulomes, centrés sur des

vestiges de fils chirurgicaux, reliquat d'une intervention sur des hémorroïdes.

Ces faits doivent être rapprochés des observations d'abcès chroniques à forme pseudo-tumorale publiées par A. BENSAUDE, MILSTEIN et CHAVANON, au sein desquels ont été également identifiés des granulomes à corps étrangers (particules de talc, débris végétaux).

A ce propos , on peut se demander si la présence de corps étrangers inclus dans la paroi rectale ne peut être à l'origine d'une infection des glandes rectales, au même titre que la rétention dans les cryptes de MORGAGNI. On rejoindrait alors la notion habituelle des abcès ano-rectaux. Ainsi, dans notre observation tout au moins, la suppuration chronique au contact de fragments de fils chirurgicaux pourrait-elle constituer le point de départ de l'affection, les phénomènes inflammatoires étant diffusés, au lieu d'être limités comme dans les abcès chroniques.

A l'appui de cette notion plaide l'importance des formations lymphoïdes au voisinage des glandes rectales soulignée par BASIL MORSON, dans sa communication sur l'anatomie histologique des glandes rectales, au cours de la réunion de la Société Nationale Française de Proctologie du mois de mars 1962.

Cette notion récente conduit à se demander si l'infection des glandes rectales, qui , on le sait, semble être le point de départ de la plupart des suppurations rectales, ne peut pas être due aussi bien à une infection par voie lymphatique, qu'à une infection rétentionnelle cryptique, qui est la pathogénie la plus généralement adoptée.

B - Rôle éventuel d'une Infection Générale

On peut donner à l'hypothèse précédente son sens le plus large. Plus généralement, la présence au niveau

des glandes rectales d'importantes formations lymphoïdes, bien décrites par MORSON, fait se demander si certaines réactions inflammatoires à ce niveau, ne peuvent être le fait de produits pathogènes acheminés par voie sanguine.

Ainsi dans les autres observations de tumeurs inflammatoires, en l'absence de corps étranger, on peut se demander si les lésions tumorales aspécifiques ne représentent pas l'aboutissement rectal d'une infection générale par voie sanguine. A l'appui de cette hypothèse, on peut invoquer l'existence d'un épisode fébrile initial inexpliqué, relaté dans plusieurs observations, et sur lequel nous avons attiré l'attention. Ce début par un accident fébrile représenterait en fait la traduction clinique de l'infection générale causale Dans certains cas, il pourrait revêtir une forme larvée et passer ainsi inaperçu.

oOo

CHAPITRE VI

TRAITEMENT.

Dans l'ignorance où nous sommes encore de l'étiologie des tumeurs inflammatoires non spécifiques du rectum, le traitement ne peut s'adresser qu'à deux objectifs : le processus inflammatoire et la surinfection.

I - Traitement médical :

a - Lorsque les examens de selles ou de sécrétions rectales montrent la présence de germes pathogènes, il convient d'instituer une thérapeutique antibiotique guidée par des antibiogrammes successifs.

Il est logique d'y adjoindre une médication anti-inflammatoire, Cortancyl par exemple.

b - Lorsque les recherches bactériologiques restent négatives, la conduite d'un traitement est beaucoup plus délicate. Les antibiotiques courants, sulfamides, Pénicilline, Streptomycine, n'ont donné de résultat à aucun auteur. Il faut donc procéder par tâtonnements, en commençant par l'Auréomycine, qui a déjà fait ses preuves dans les 2 cas de BELLE.

Il convient d'utiliser autant que possible la technique intensive adoptée par cet auteur :

- traitement d'attaque comportant 500 mg per os et 500 mg par voie intra-veineuse, tous les jours pendant une semaine environ.

- puis poursuite de l'Auréomycine par voie orale, à la dose quotidienne de 300 à 500 mg , pendant plusieurs semaines.

L'amélioration doit se dessiner rapidement. Dans les 2 cas de BELLE, l'état général et les signes fonctionnels ont été les premiers influencés, au bout de quelques jours. L'amélioration locale est lente au début, puis devient appréciable au bout de 2 à 4 semaines. La disparition quasi-totale de lésions étendues a été ainsi obtenue par cet auteur dans un délai de 2 mois environ.

Ainsi, lorsqu'une amélioration évidente ne s'est pas produite au terme de quelques semaines de traitement par l'Auréomycine, il semble inutile de poursuivre cette thérapeutique.

2 - Traitement chirurgical :

a - La résistance des lésions à tout traitement médical et leur extension, peuvent contraindre à recourir à la chirurgie.

Ainsi, dans le cas princeps de MANGONI en 1948, la guérison n'a été obtenue, après échec de divers antibiotiques, que par la résection du rectum et du sigmoïde. De même , dans notre première observation, la récidive de la tumeur en I96I et son évolution incontrôlable, ont-elles finalement conduit à une exérèse recto-sigmoïdienne.

b - Il n'en reste pas moins certain que ce même malade a été guéri de sa lésion inflammatoire initiale (I956), grâce à la mise au repos du segment malade par colostomie iliaque gauche. On se souvient que celle-ci avait été pratiquée en présence de lésions jugées néoplasiques, et inextirpables.

Or deux ans plus tard, toute lésion avait disparu, au point qu'un second chirurgien, trouvant un rectum absolument normal, put rétablir la continuité intestinale.

Cette guérison, pour inattendue qu'elle ait été puisque l'on croyait à un cancer, permet de poser le problème de la colostomie d'épreuve chez ceux de ces malades dont l'affection s'avère rebelle au traitement médical. Certes, la lésion en cause a récidivé deux ans plus tard. Il n'est pas interdit de penser que cette récidive est une exception, et que, si le malade avait été régulièrement suivi pendant cette période de vie normale, elle aurait été dépistée à son tout début, et aisément jugulée.

Il semble donc que, devant une tumeur inflammatoire ne répondant pas aux antibiotiques et au Cortancyl, l'hypothèse d'un cancer étant valablement éliminée, la mise au repos du segment malade par dérivation iliaque temporaire doive être tentée, sous surveillance régulière.

On aura peut être ainsi la chance de voir disparaître les lésions, de guérir le malade, et de lui éviter une amputation recto-sigmoïdienne.

oOo

CONCLUSIONS

I. A la lumière de trois observations personnelles, nous reprenons l'étude des Tumeurs Inflammatoires Non Spécifiques du Rectum.

II. Il s'agit d'une affection dont les premières observations ont été publiées par MANGONI, puis par BELLE, FOX et ALLEN, et par BAEZNER, et dont à notre connaissance, il n'existe que treize cas dans la littérature mondiale.

III. Cette affection se caractérise cliniquement par un syndrome rectal qui n'a rien que de très banal et à l'examen endoscopique, par des tumeurs infiltrantes, végétantes, ulcéreuses, parfois sténosantes.

IV. L'évolution en est essentiellement chronique. Si certains cas guérissent spontanément ou sous l'influence de la thérapeutique, dans d'autres cas, la persistance et l'extension des lésions malgré le traitement, l'altération de l'état général, peuvent conduire à l'exérèse chirurgicale.

V. Le Diagnostic , très difficile avec les infections chroniques spécifiques, et surtout le cancer du rectum, repose principalement sur des arguments négatifs : l'absence de tout signe histologique de spécificité, et surtout, l'absence constante de signes de malignité à des biopsies successives.

La longue évolution, le caractère atypique des lésions en sont les éléments essentiels.

VI. Au point de vue Anatomo-Pathologique, deux cas seulement ont pu être bien étudiés. Macroscopiquement, les lésions étaient caractérisées par l'association d'une rectite granuleuse à une péri-rectite intense, allant jusqu'à la sténose. Microscopiquement, la lésion consiste en une réaction inflammatoire banale à prédominance lympho-plasmocytaire, dépourvue de tout caractère de spécificité.

VII. Au point de vue Pathogénique, BELLE et coll. ont émis l'hypothèse d'une affection d'origine virale. En dehors de ce fait, la découverte dans l'une de nos observations de granulomes à corps étrangers au sein des lésions, comme dans certains abcès chroniques, peut faire penser qu'ils ont été le point de départ de la tumeur inflammatoire.

On peut envisager également une infection par voie sanguine localisée au niveau des formations lymphoïdes qui existent au voisinage des glandes rectales, et dont l'importance a été récemment mise en évidence par MORSON.

VIII. Le traitement, très difficile à établir, peut être d'ordre médical, faisant appel aux antibiotiques

et aux corticoïdes. Son inefficacité dans certains cas peut amener à pratiquer l'exérèse du rectum et du sigmoïde, encore que la mise au repos du segment malade par colostomie iliaque gauche puisse se discuter à la lueur de l'une de nos observations.

oOo

Vu, le Président de Thèse : Vu, le Doyen de la Faculté:

Pr. P. MOLLARET Pr. L. BINET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

I - TRAITES CONSULTES

LOCKARTMUMMERY -
Diseases of the Rectum and Anus
London, BAILLERE, I9I4.

LYNCH & FELSEN -
Tumors of the Colon and Rectum
New-York, P.B. HOEBER, I925.

Henri HARTMANN -
Chirurgie du Rectum
Paris, MASSON, I93I.

GABRIEL -
Principles and Practice of Rectal Surgery
London, LEWIS, I937.

Raoul BENSAUDE-
Maladies de l'Intestin (tome IV)
Paris, MASSON, I939.

RACHET -
In Traité de Medecine (tome VII)
Paris , MASSON, I948.

BACON -
Diseases of the Anus, Rectum, Sigmoïd, Colon
Philadelphia, LIPPINCOTT, I949.

ARNOUS & PARNAUD -
in Encyclopédie Médico-Chirurgicale, (article Rectites et Rétrécissements du Rectum)
Paris , I952

Raoul BENSAUDE -
Rectosigmoïdoscopie
Paris, MASSON, I956, 3ème édition.

R.J. JACKMANN -
Lésions of the Lower Bowel
I959.

II - ARTICLES ET THESES

BAEZNER -
Rectites Granulomateuses Sténosantes Non Spécifiques.
(Gastroentérologia - Mai I954)

DE BELLARD & CARRENO -
Granulomatous Tumors and Neoplasms of the Colon and Rectal Zone in Venezuela.
(Surgery Oct. I958).

BELLE, FOX & ALLEN -
Non Specific Granulome of the Rectum Which Simulated Cancer.
(Archives of Internal. Médecine Nov/ 1948)

A. BENSAUDE, MILSTEIN & CHAVANON -
A propos de cinq observations d'abcès Ano-Rectaux taux Chroniques d'emblée à forme Pseudo-Tumorale.
(Arch. Mal. App. Dig. Mai I958)

A. BENSAUDE & R. BOOM -
Tuberculose Rectale
(Presse Médicale 28 janvier I953)

CAIN - Etiologie des ano-rectites
(Revue Crit. Path. Thérap. Déc. I935)

CHEVALLIER -
Pathogénie et Traitement des Rectites.
(La Clinique Mars I935)

COSSART
Classification des Rectites
(Thèse Paris I94I)

COSTESCU -
La lipogranulomatose Recto-Sigmoïdienne.
(Presse Médicale 5 Mai I962).

CROHN-
Complications rectales des maladies inflammatoires du colon
(Dis. of Col. Rect. mars I960)

CROPPER -
Idiopathic Granular Proctitis
(The Lancet Juin I955)

CROOK -
Non Specific Conditions In the Intestine and Rectum.
(Proc. of the Royal Soc. of Med. avr. I957).

DEROCHE -
Contribution à l'Etude des Rétrécissements inflammatoires du Rectum (Thèse Paris I925)

FLORIA -
Considérations sur les Rectites
(J. Soc. Gyn. Bucarest Déc. I937)

HARTMANN -
Rectites Sténosantes
(Paris Med. I930 n° 14)

KARK, EPSTEIN & CHAPMANN -
Non Malignant Ano-Rectal Strictures
(Surg., Gynec. Obst., Sept. I959).

LAEDERICH & LEVADITI -
Rétrécissement inflammatoire du rectum
(Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris 48-1932)

LAHIANI -
Granulome rectal , Cause peu connue d'hémorrige rectale.
(Thèse Paris I956).

LEPRAT -
Sténose rectale due à l'Amibiase
(Arch. Mal. App. Dig. Juil. I956).

MAES, VAN TRAPPEN, PEREMANS, VAN DEN BROUCKE-
Les lésions rectales dans la Maladie de CROHN
(Acta Gastroent. Belg. Mars I96I).

MANGONI -
Non specific Inflammatory Rectosigmoïditis of Pseudo-Cancérous Form.
(Bol. Soc. Cir. Rosario I5-I948)

MUSIARI -
Granuloma inespecifico del recto
(Prensa Med. Argentina Nov. I960)

POPESCO -
Rectites proliférantes et sténosantes
(Journal de Chirurgie I947).

RAPPOGEL -
Non Malignant granulomatous Lesions of the Recto-Sigmoïd
(American Practition r Oct. I955).

SENEQUE -
Les Rectites Sténosantes
(Pratique Méd. Franç. Juil. I934.)

SIMON -
Rétrécissement amibien du rectum
(Thèse Lyon I956).

SMITH & HILL -
Annular rectal stricture resulting from internal Fistula - in - ano.
(Surg. Clin. North. America aout I949)

STALEY -
Rétrécissements inflammatoires du rectum
(Annals of Surgery I934)

TISON -
Lésions inflammatoires du rectum
(Thèse Lille I935)

TOURENC -
Rectites proliférantes et sténosantes
(Revue de Chirurgie de Paris I949)

VAN DER ZWAAG -
Inflammatory Tumors of the Colon and rectum
(Med. Chir. Univ. Klin. GRONINGEN , Mai I945).

VOGEL -
Delayed inflammatory réaction to antibiotics simulating carcinoma of the rectum
(N. Y. State Journal of Med. Déc. I953).

VOGEL -
Non spécific granulomatous disease of the rectum Following Regional Ileitis
(Amer. Journal Gastroenter. Avril I956).

WILSON -
Sclérosing Lipogranuloma of the Rectum simulating carcinoma
(Missouri Medicine Avril I954)

WOODS & HANLON -
Inflammatory strictures of the rectum
(Annals of Surgery Oct. I944)

YEOMANS -
Granulomas of the Rectum , Specific and non spécific
(Journ. Med. Soc. NEW JERSEY Juin I943).

oOo

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS Ve
Téléphone : ODÉon 58-90